

# 地域医療総合医学講座の研究

山本和利

札幌医科大学地域医療総合医学講座

Research activities of the Department of Community and General Medicine

Wari YAMAMOTO

Department of Community and General Medicine, Sapporo Medical University, School of Medicine

The scope of our research activities covers community oriented primary care (COPC), medical education, narrative based medicine (NBM), medical professionalism and medical anthropology. Through these activities, we have been encouraging the researchers and general physicians who contribute to community medicine in Hokkaido.

## 1. Community oriented primary care (COPC)

One of our department's aims is to contribute to the promotion of health in communities in Hokkaido. To attain this aim we have been conducting action research in several communities. One example of this concerns the establishment of a health promotion program in a community in eastern Hokkaido. We used the Delphi method to explore important health issues in the community, and revealed that there was an undesirable life-style problem among the children. Another example of our research was to conduct a management trial by general physicians for patients with cognitive impairments in a community in southern Hokkaido. We demonstrated that general physicians are capable of managing the patients properly and may have a favorable impact on their quality of life.

## 2. Medical education

### 1) Community medicine clerkship

A community medicine clerkship is said to be one of the most important elements of current undergraduate medical education. However, there are few studies on what medical students have actually learned from it. Therefore we conducted a study on what medical students learned from their two-week community medicine clerkship experience using significant event analysis (SEA). ①Students in the year 2006 participated in two-week community medicine clerkships and then partook in reflection sessions of their experiences immediately thereafter. ②The sessions were recorded, and the contents of their experiences were extracted and categorized. ③The depth of their reflection was categorized into four levels (describing, commenting, generalizing, and planning). ④Students reflected on the general medical system, the role of physicians, patient centeredness, role models, and clinical ethics, and most students were categorized in the commenting and generalizing levels. ⑤Medical students learned system-based practice and medical professionalism during their community medicine clerkships, and SEA was a valuable tool for deepening their experiences.

### 2) Primary care career choice

The selection of a primary care career by Japanese medical students is said to be increasing, yet there are no studies to support this belief. In order to fully understand the possible increase in the number of medical students choosing primary care we believed that an examination of the factors influencing medical students' decision-making would be helpful. ①We distributed questionnaires to 298 medical students in 2004 who would graduate in four months from three Japanese medical universities. ②Questionnaires included demographic factors, career choice, important career choice factors, interest in community medicine, willingness to engage in community medicine, thoughts on the usefulness of community medicine, and satisfaction with the curricula.

③There were significant associations between a primary care choice and social experience, lifestyle preference, interest in community medicine, willingness to engage in community medicine, and contact with the primary care faculty. ④Concerning the logistic regression, lifestyle preference, male gender and social experience before entrance to a medical university and contact with primary care faculty were four significant factors. ⑤It may be important to consider these factors, in addition to curriculum reform, to increase the number of Japanese medical students who choose a career in primary care.

### 3. Narrative based medicine (NBM)

Recently the importance of narrative based medicine (NBM) has been emphasized in many fields of medicine. One reason seems to be the drastic change in patients' illness patterns. Chronic diseases and psychosocial problems are the main reasons for most patients to come to our office. When we see these patients, we cannot address their problems by using a biomedical model. Their health problems are usually related to their sense of value, the context in which they live, the persons with whom they live, and other social factors. Their problems are therefore beyond the scope of biomedicine. We need to understand the patient as a whole person and his/her background in order to find a common ground for understanding patient issues. This approach is referred to as bio-psycho-social medicine or patient-centered medicine. However, even if we use these models, we cannot solve patient problems completely because they are usually very complicated. Furthermore, in many cases, their problems are lifelong. We need to have other models in order to better serve these patients. We believe that NBM could be invaluable to help solve these patient issues. Although there have been many studies that support the usefulness of NBM in primary care medicine, they seldom explain specific methods that are effective with patients. In a case analysis study, we presented one example of effectively practicing NBM and introduced the 6 Cs (Curiosity, Conversation, Circularity, Context, Co-creation, and Caution) of NBM.

### 4. Medical professionalism

The relationship between physicians and drug companies has been discussed repeatedly. Maintaining trust by managing conflicts of interest is one of the most important commitments of medical professionalism. Keeping an adequate relationship is said to be important in our medical education. To examine this issue, we conducted a survey to comprehend physicians' attitudes toward interests offered by drug companies. 1) Questionnaires were distributed to 1,200 physicians who registered via an Internet survey company. 2) Results showed that almost all the physicians received ballpoint pens and memo pads, and many received booklets of clinical guidelines, food and drink, and taxi tickets after medical conferences offered by drug companies. 3) The survey also indicated that compared to young physicians, experienced physicians were more likely to receive interests from pharmaceutical companies. Additionally, physicians who work at clinics received interests more frequently than hospital physicians. Moreover, physicians who work at public hospitals and university hospitals were often offered travel and lodging expenses for attending clinical conferences. 4) Most physicians received interests offered by drug companies. The frequencies of these differed, depending on the number of years that had passed after graduation, and the characteristics of workplaces. 5) We believe that the results of this study could be valuable in teaching students about the relationship between physicians and drug companies.

### 5. Medical anthropology

At university hospital, patients play an important role in medical students' education during their clinical clerkships. The object of this study is to clarify patients' feelings and thoughts about medical students' participation in their care at the hospital. ①We conducted semi-structured interviews with five patients in whose care medical students were involved. The interview data were analyzed through a qualitative research methodology. ②We extracted six themes from the data: "students were rather poor in communication," "students were not very interested in associating with patients," "patients have certain expectations for and demands of students," "students were not among those with whom patients were keen on establishing rapport," "patients have some doubts about whether students were receiving appropriate instructions and supervision," and "attending physicians have considerable influence on clerkships." ③It became clear that although the patients have expectations for, and demands of the students to some extent, they were not very interested in student education and their acceptance of students was heavily influenced by the attending physicians' approach during the clerkship.

**④Results of these interviews suggest that the attending physicians' attitude and approach toward patients are important factors in improving patients' acceptance of medical students.**

(Accepted October 4, 2017)

**Key words:** community oriented primary care, medical education, narrative based medicine (NBM), medical professionalism, medical anthropology

これまでの山本和利の研究を中心についてまとめた。

まず論文作成は、在籍した自治医科大学、京都大学、札幌医科大学の総合診療病棟受け持ち患者の症例報告から始めた。低血糖の原因が巨大な肝癌であったことを報告した<sup>1)</sup>。手術で救命し得た心内膜症症例<sup>2)</sup>、エンドトキシン血症を示した慢性関節リウマチ<sup>3)</sup>、高度のいぼと手指の廃用症候群を呈した神経性無食欲症<sup>4)</sup>、阪神大震災後に発症した心因性失声<sup>5)</sup>、RS3PE例<sup>6)</sup>、Risperidone投与中に自殺した統合失調症の一例<sup>7)</sup>、繰り返す発熱で家族性地中海熱と判明した例<sup>8)</sup>等である。

次に症例シリーズ報告として患者の思いや家族機能が病状に影響することを含めた報告を発表した。三度足を切断された男性症例を用いて、5つの軸を設定して患者の背景、思いを記載した<sup>9)</sup>。医師・患者関係が1型糖尿病患者の血糖コントロールに重要な影響を与えたことを報告した<sup>10)</sup>。家族機能が糖尿病コントロールに影響することも報告した<sup>11)</sup>。患者の思いを引き出すナラティブアプローチを用いた事例について報告した<sup>12)</sup>。

続いて、関連病院の患者データを基に糖尿病、高血圧、肥満に関する疫学研究を行った。ROCカーブを用いてフルクトサミンとHbA1cのどちらが診断に有用かを検討し、診断のカットオフポイントを求めた。フルクトサミンは識別能力が低く、HbA1cが勝った<sup>13) 14)</sup>。さらに高血圧のリスクとしての肥満を検討した<sup>15) 16)</sup>。新潟県魚沼地区の検診データから、2型糖尿病の発症に過去の最大体重が一番影響することを見だし<sup>17)</sup>、この地区の糖尿病罹患率を推測した<sup>18)</sup>。血清KL6と糖尿病の発症の関係について研究した<sup>19)</sup>。心房細動について研究した。13,794名の検診データを分析したところ、心房細動の有病率は0.3%であった。横断的研究では加齢、高血圧の治療、不整脈、狭心症心筋梗塞の既往、動悸の自覚、息切れ、拡張期高血圧、高コレステロール血症、高血糖が正常者に比べて多かった。後ろ向きコホート研究では、13,772名のうち、新規に22名が心房細動を発症していた。男性で不整脈の自覚、心筋梗塞の既往、倦怠感、加齢、高コレステロール血症が正常者に比べて高く、女性では不整脈の既往が多かった。心房細動に移行しやすい者のオッズ比はST低下が14.6 (95%信頼区間; 3.9

–56)、不完全右脚ブロックが9.2 (95%信頼区間; 2.4 – 34)、上室性期外収縮8.9 (95%信頼区間; 1.3 – 61)、2度房室ブロックが342 (95%信頼区間; 32 – 3624)、異常Q波が16.3 (95%信頼区間; 2.4 – 112)、左房負荷が52.7 (95%信頼区間; 7.2 – 383)であった。男性においては以上のような病歴、心電図所見が心房細動を予測するデータとなることがわかった<sup>20)</sup>。冠動脈疾患とH・ピロリ菌との関係について研究した<sup>21)</sup>。

京都大学では、身体所見の感度、特異度の研究を行った。患者が特定した腹痛部位と疾患診断との関係性を評価するため、大学病院外来で489名の患者に前向き研究を行った。痛みの部位を腹部全体、上腹部、右肋骨下、左肋骨下、右腹部、左腹部、臍周囲、右下腹部、下腹部正中、に分けた。感度、特異度および疼痛領域と疾患診断との間の正および負の尤度比を計算するために比較を行った。一般的に、病歴および身体診察の感度は低い、病歴の中では上腹部の痛み、胃十二指腸の疾患、右肋骨下の痛み、肝胆道疾患、婦人科疾患(0.5以上)の特異度が高かった。初診時における患者の痛み領域と医学的診断との比較分析は、腹部疾患の同定において、病歴および身体診察が臨床的に有用な情報をもたらすことがわかった<sup>22)</sup>。初診において腹痛で受診した外来患者470名のうち、痛みを引き起こす癌は18名に認められた(3.8%)。癌患者では40歳以上、意図しない体重減少、緩徐な発症、寛解がなく1ヶ月以上続く痛みが有意に多かった。身体所見では激痛、発熱、腹部圧痛が有意に多かった。検査所見ではLDH、WBC、CRP、ESR、CEAが癌以外の疾患との鑑別に有用であった。多変量解析では意図しない体重減少のオッズ比が18.9 (95%信頼区間1.5 – 20.1)、1ヶ月以上の痛みのオッズ比が24.8 (95%信頼区間1.6 – 27.9)、激痛のオッズ比が151.9 (95%信頼区間4.5 – 162.1)、WBC1万以上が22.3 (95%信頼区間1.1 – 31.0)であった。腹痛患者の病歴、身体所見、検査所見を組み合わせることで癌を絞り込めることがわかった<sup>23)</sup>。超音波検査と乳腺撮影は乳腺腫瘍の診断に広く使用されているが、その操作特性の比較は十分にはなされていない。それらの検査の中で、一般的に乳癌診断に使用されている所見について分析比較した。1992年1月から1994年12月までに、乳腺のしこりを主訴として大学総合

外来を受診した 171 人の患者についてチャート・レビューを行った。その内、臨床診断の確定した 39 人の患者の超音波検査と乳腺撮影所見について、結果を知らされていない放射線科医に読影を依頼し、各々の所見ごとに臨床疫学的検査を行った。患者の平均年齢は  $45.2 \pm 13.5$  歳であり、乳癌が 18 人、良性腫瘍は 21 人であった。乳癌患者群と良性腫瘍群では腫瘍サイズに有意差はなかった。超音波検査と乳腺撮影の乳癌診断における操作特性の比較では、感度 94.4%, 83.3%, 特異度 80%, 76.2% であり、感度、特異度ともに超音波検査のほうが優れていた<sup>24)</sup>。決断分析の研究を行った。決定分析的アプローチを用いて、破裂していない頭蓋内動脈瘤 (UN-AN) を有する個々の患者の管理を分析した。グラスゴーアウトカムスケール (GOS) カテゴリー間の移行確率は、北里大学病院で治療された患者からの文献およびデータから推定された。効用値は主に GOS に基づいて 140 の保健医療機関から得られた。直径 10mm 未満の前部 UN-AN を有する健康な 40 歳の男性のベースライン分析では、予防手術およびフォローアップのための品質調整された平均余命は、それぞれ 15.34 および 14.66 年であった。フォローアップ戦略を優先させるには、年間破裂率を 0.9% と低くしなければならなかった。これらの結果は、広範な感度分析によって維持された。この結果は、UN-AN の予防的手術を支援し、うまく設計された重層化臨床試験で明らかにすることができる<sup>25)</sup>。医療倫理の研究を行った。各国でいくつかの特有の倫理的問題に直面する。どのような倫理的問題が存在し、日本の臨床現場でどの程度の頻度で医師がそれに直面しているかについてはほとんど知られていない。日本の大学病院の総合病棟での倫理的ジレンマを特定するために、後ろ向き調査と前向き調査の両方を行った。研究の第 1 段階では、一般的な医療病棟に入院した 61 人の患者について、後ろ向き調査を実施した。倫理的ジレンマが 17 件 (28%) で記録されたことが明らかになった。その後の第 2 段階では、6 カ月間の症例発見が行われ、47 人の患者のうち 22 人 (47%) が医師の心配を抱く倫理的ジレンマを抱えていた。頻繁に確認された倫理的ジレンマには、患者の診断手続きや治療の拒否、重症患者への真実告知に関する問題、患者家族と医師間の患者ケアの計画に関する意見の不一致が含まれていた。予想される症例所見は、後ろ向きな調査よりも倫理的ジレンマの頻度が有意に高かった (47% 対 28%, カイ二乗 = 4.1275,  $P < 0.05$ )。2 つの患者グループについて、人口統計学的有意差は有意でなかった。このデータは、日本の一般医療病棟では倫理的ジレンマが珍しくないことを示唆していた。患者の家族は臨床的意思決定において重要な役割を果たし、複雑な倫理的ジレンマを

招くこともあった<sup>26)</sup>。1997 年 2 月、1997 年 3 月にバングラデシュにおいて働く人 300 人を対象に、HIV / AIDS に関する知識、態度、信念、実践 (KABP) に関する調査を実施した。回答者の 26% は、HIV / AIDS に関する 13 の基本事実のうち、サンプルの平均スコアは 1.63 の正解であった。HIV を知っていた人のほとんどは、HIV 感染の様子について誤った知識を持っていた。例えば、AIDS 患者に触れたり、入浴施設や食器を共有したりすることによって HIV に感染すると信じていた。HIV 感染の主要ルートとして、売春に基づく商業的なセックスワーカー (100%), 汚染された注射針 (93.6%), 感染した人からの輸血 (93.6%), 印刷媒体 (69%) が AIDS 情報の主要感染源であった。ロジスティック回帰分析で AIDS の意識と有意に関連していたのは、農業以外の職業に従事していること ( $p < 0.04$ )、Dhaka, Chandpur, Noakhali, Comilla, Chittagong に居住していること ( $P < 0.01$ )、新聞を読む習慣があること、コンドームを見たことがあること ( $P < 0.005$ )、コンドームを購入する場所を知っていること ( $P < 0.0005$ ) である。バングラデシュ人を海外に派遣する前には求職者にエイズ情報を提供する必要がある<sup>27)</sup>。剖検の意義等について研究した<sup>28, 29)</sup>。

京都大学と札幌医科大学では、北海道の地域医療における情報通信技術を用いた生涯医療教育及び遠隔医療支援<sup>30)</sup>について研究した。医学部 5, 6 年生に臨床実習におけるハラスメントの頻度を調査した。559 名のうち 54.4% がアンケート調査に答え、ハラスメントの内容は言語的、身体的、アカデミック、性的、性差別と 5 つとした。68.5% がハラスメントを受けたと報告している。女性が 54.1%, 男性が 14.6% であった。教官のハラスメントが 42.5% を占めていた。外科、内科、麻酔科が多かった。その反応として怒りが 27.1% を占めた。医学部の教官はこのような現実を認識し、改善してゆく必要がある<sup>31)</sup>。日本の 7 大学の医学部を対象に、多施設横断調査を実施した。自己報告の匿名のアンケートは 1152 名の医学生に配布された。そのうち 951 人 (82.6%) が回答した。この回答から、医学生や医師による医学生のアルコール関連の嫌がらせの有病率を報告した。(i) 飲酒を強制される。(ii) 一度にアルコール飲料を飲むことが強制される。(iii) 意図的に無意識のうちに飲むこと、(iv) アルコールに関連して言葉的虐待、身体的虐待または性的嫌がらせを受けること。医学生の間での嫌がらせの蔓延も測定した。多変量回帰は、アルコール関連のハラスメントの経験と学生の特性ととの関連性を評価するために用いられた。アルコール関連の嫌がらせを経験したのは 821 人 (86.3%), 他人を嫌うのは 686 人 (72.1%) であった。飲酒ゲームの経験は、被



害者（ $n = 686$ ，全回答者の 72.1%）と嫌がらせ人（ $n = 595$ ，全回答者の 62.6%）の両方から頻繁に報告された。アルコール関連の嫌がらせの経験者における多変量回帰では、嫌がらせ（オッズ比 [OR] 14.22, 95% 信頼区間 [CI] 8.73-23.98）と嫌がらせ（OR 13.19, 95% CI 8.05-22.34）。通常の酒飲みに上級生が同席することが、嫌がらせを受ける（OR 2.96, 95% CI 1.88-4.67）と嫌がらせをする（OR 2.97, 95% CI 2.06-4.27）の両方に関連していた。医学生のアレルギー関連の嫌がらせは一般的であり、上級生との飲酒会で発生する傾向があった。したがって、アルコール関連の嫌がらせを防止するための最も重要な戦略の 1 つは、この悪循環を中断させることである<sup>32)</sup>。医療におけるプロフェッショナリズム<sup>33)</sup>、一般診療所における一般診療所における 48 年間の在宅死 288 例の検討を行った<sup>34)</sup>。医療に対する住民の思いの研究をした。患者は医学生をどう見ているのかについて大学病院で医学生と関わった患者の思いに関する質的研究をおこなった<sup>35)</sup>。内科医が一時撤退した地域における患者・住民の意思・医療に対する想いの検討をした<sup>36)</sup>。日本の大学における総合診療に対してどのようなことが中核となるかについて患者の認識を調査した<sup>37)</sup>。研修医・学生の学びについて研究した。総合診療部病棟および外来実習中に、医学部 5 年生が最も記憶に残った患者についての経験を分類し、指導医と討論して、実習で経験した出来事の有用性を同定した。95 のレポートが集められ、それらは 7 つのテーマに分類された：学生 1 名当たりのテーマ報告数は平均 1.85 であった。テーマは、生物医学的側面が 68 (72%)、患者・家族とのコミュニケーションが 45 (47%)、個人的な感情が 26 (27%)、医師の役割が 19 (20%)、倫理的側面が 11 (12%)、心理・社会的側面が 7 (7%)、民間療法の認識が 1 (1%) であった。テーマの内容について男女によるレポートの差は認められなかった（テーマ数：男性 1.82；女性 2.09）。総合診療部での臨床実習中、医学生は生物学的側面のみならず非生物学的な側面についても多彩な経験をすることがわかった<sup>38)</sup>。地域医療再生の方策として大学の卒前教育が果たせる役割のひとつは、地域医療に従事するプライマリ・ケア医を育てることである。6 年次にプライマリ・ケアを将来のキャリアとして選択する学生は 9.5% であった。地域医療実習で学生は、医療の社会的側面、プロフェッショナリズムを学んでいた。地域、家庭を含めてケアするプライマリ・ケア医の養成のためには、実習期間中の地域や家庭に関する体験の振り返りによる学びを地域医療実習のアウトカムとして設定する必要があると考えられる。地域指向性、ナラティブ能力を高めるために、地域医療実習で地域視診、ライフストーリー聴取、パラレルチャー

トなどの方略が有用と考えられる<sup>39)</sup>。医学生に彼らのキャリアについて考える動機を学ぶための研究を行った。札幌医科大学の 1 年生、4 年生、5 年生、6 年生にアンケートを配布した。質問には以下のものが含まれる（1）あなたはどのような医師になりたいですか？（2）影響を受けたもの？（3）医者としての自分のイメージ？ 各質問への 1 年生からの回答から抽出された概念を 4 年生、5 年生、6 年生からの回答から抽出された概念と比較した。医師としての自分自身の具体的なイメージとしてのプライマリ・ケア医を目指す者は、毎年 9.5% となっていた。6 年生のうち、53% が専門医の影響を受けていた。プライマリ・ケア医を目指す学生は学年が進むにつれ低下した。プライマリ・ケア医を目指す学生を増やすためには、プライマリ・ケア医との接触を強化してゆく必要がある<sup>40)</sup>。臨床実習において医学生が僻地医療をどのように認識しているかについて質的研究を行った<sup>41)</sup>。1 年目の医学生とのグループインタビューとアンケートを用いて、1) 医学部への入学動機、2) 将来の医師としての自己イメージ、3) これらに影響を与えた要因を調査した。医学生の医学系入学の意欲と将来の医師としての自画像は、個人的な医療経験、医療分野で働く家族、マスメディアに掲載された医学問題の影響を受けていた。現在医学知識と実践面の激変に直面しているので、将来の医師としての学生の自画像の変化とその変化に影響を与える要因を理解することは、効果的な医学教育カリキュラムの開発において重要となる<sup>42)</sup>。模擬患者を通じてコミュニケーション技法を医学生が学ぶ機会が増えたので、その有効性を研究した。1) 学生にインタビューを行って質的・量的に分析した。2) 64% の学生がこの教育法に満足していた。一方、28% の学生は評価していなかった。3) 学生によっては模擬患者のフィードバックを好意的にはとらえていなかった。4) 模擬患者のフィードバックは学生の拙い行動に焦点をあてるべきであり、教官は模擬患者と学生に安全を配慮すべきである<sup>43)</sup>。日本でもプライマリ・ケア領域を選択する医学生が増えている。選択に影響する要素について研究した。1) 4 ヶ月後に卒業予定の 298 人にアンケート調査を行った。2) プライマリ・ケア領域の選択と社会経験に有意な関連があった。地域医療は有益であると考え、地域医療カリキュラムに満足していた。3) 多変量解析では、生活スタイル、男性、医学部入学前の社会体験、プライマリ・ケアとの接触の 4 つが大きな要素であった。4) このような要素を加えてカリキュラムを修正することが重要である<sup>44)</sup>。開業医が病院に出入りすることで、研修医や若手内科医にどのような影響があるかを調査した<sup>45)</sup>。卒後臨床研修必修化制度における在宅訪問診療を用いた、高齢者医療に関する研

修医教育について検討した<sup>46)</sup>。地域医療実習が多く、そのカリキュラム評価は充分に行われておらず、特に、実際に学生が地域医療実習で何を学んだかについての定量的研究は実施されていない。1) 2006年度の札幌医科大学5年生で実施された2週間の地域医療実習期間中に学生に課せられた毎日の振り返りシートをデータとして、学生が何を学んだかを分析した。2) すべての振り返りシートが収集され、学生の記述から学びと考えられるものを抽出し、カテゴリ別に分類した。3) 抽出された学びの総数は2243であった。知識、コミュニケーション、医療手技、臨床推論、診療マネジメント、患者マネジメントのカテゴリに分類される学びは、それぞれ334, 232, 214, 111, 106, 102あり、すべての学びの49.0%を占めた。4) 地域、家族に関する学びは、それぞれ84, 117, 全体の3.7%, 5.2%であり、他のカテゴリと比較して多数とはいえなかった。5) 地域医療実習をより効果的にするために、地域、家族を学ぶための新たな方略を検討する必要がある<sup>47)</sup>。医学部卒業前教育としてt-PA教育とNIHSS講習会を新5年生時と初期臨床研修のマッチング直前の6年生時に行い、アンケート調査を実施した。講習会では脳卒中の現場からStroke team (医師、看護師、言語聴覚療法士) がインストラクターとして参加した。内容はスライドと脳卒中センターの看護師、患者とその家族から医学生に対するビデオメッセージとNIHSSの実技であった。講習会の結果、「脳卒中に関心がある」学生は55%から最終的に87%へ増加し、「脳卒中に興味がない」学生と「脳卒中にかかわりたくない」と感じる学生がそれぞれ40%から11%, 5%から1%へと減少した。医学生の多くは脳卒中の講義の必要性を指摘しており、教材に現場のリアリティーを求め、講師に豊富な知識と経験、熱意などのプロフェッショナルリズム、医師とは異なった視点からの助言を求めている<sup>48)</sup>。脳卒中にかかわる医療と福祉従事者 (stroke care worker) にstroke teamを中心として教育活動を行ってきた。2002年より北海道中空圏域の非脳卒中専門医療機関への教育を開始し、市民公開講座、PCEC/PSLS, ISLSを推進し、医学生および臨床研修医に加え、2010年には介護福祉従事者へ教育対象を広げた。この間、国家試験問題の解析から、多職種が受けた脳卒中教育の程度はさまざまであることを明らかにし、一般市民向けとは異なるstroke care worker向けの「脳卒中テキスト」の作成を提案した。脳卒中学・医療の向上には人材教育が重要である。教育は、量から質を伴ったものへ、卒前から卒後まで、院内から院外へ対象を広げることが望ましく、標準教材の開発や「教育に協力することの意義」について市民へ啓発することも合わせて必要で

ある<sup>49)</sup>。

総説として糖尿病に関すること、臨床疫学、Evidence-Based Medicine, Narrative-Based Medicine, 総合診療、プライマリ・ケア、遠隔医療、医学教育、患者教育、等について執筆した。詳細については紙面の関係で割愛する。

著書 (翻訳) として「脱専門化医療」「患者中心の医療」「EBMを飼いなす」「患者中心の医療面接」「患者中心のケア」「医学生からみる医学史」「ナラティブ・ベイスト・プライマリケア」「あなたもできる外来教育」等を執筆した。詳細については紙面の関係で割愛する。

## 文 献

- 1) 北沢正, 中村達, 佐野佳彦, 飛鏑修二, 坂口周吉, 前田松喜, 室博之, 倉八博之, 山本和利: 低血糖発作を生じた原発性肝癌の1治験例. 日本外科学会雑誌, 1984; 85:1591-1596.
- 2) 山本和利, 井野隆史, 櫻林郁之介, 井手博文, 柳沼淑夫: 低肺機能に合併したCandida albicans心内膜炎の救命例, 感染症学会雑誌, 1992; 66: 536-539.
- 3) 森本剛, 平憲二, 山本和利, 福井次矢, 斎藤惇生. エンドトキシン血症を示した慢性関節リウマチの1例. 内科 1998; 81: 177-179.
- 4) 藤村聡, 山本玉雄, 岡村雅美, 大津聡子, 堤岳彦, 春名克純, 永田武, 岡村武彦, 山本和利, 福井次矢. 高度のいそうと手指の廃用症候群を呈した神経性無食欲症の1例. 精神医学 1998; 40: 979-981.
- 5) 藤村聡, 金城永治, 武田昭, 岡村武彦, 安藤美穂, 山本和利, 黒川渡, 福井次矢. 阪神大震災後に発症した心因性失声の1例. 精神医学 1999; 41: 554-555.
- 6) 川畑秀伸, 山本和利. 痛みと両手にむくみを呈したRS3PEの1例. JIM 2001; 11: 310-311.
- 7) 林裕美, 佐々木信幸, 石川博基, 中野倫仁, 斎藤利和, 山本和利. Risperidone投与中に自殺した精神分裂病の一例. 精神治療学 2001; 16: 695-702.
- 8) Kawabata H, Yamamoto W, Fukui T, Okamoto T, et al. A Japanese Case of Episodic Fever Compatible with Familial Mediterranean Fever. Gen Med 2004; 5: 21-25.
- 9) 山本和利, 柳沼淑夫. 症例提示方法論—三度足を切断された男性症例を用いて. プライマリ・ケア 1993; 16: 226-233.
- 10) 山本和利, 柳沼淑夫, 葛谷信明, 金澤康徳. 医師・患者関係が血糖コントロールに重要な影響を与えたと考えられたインスリン依存型糖尿病, SLE, 慢性甲状腺炎の1症例. プライマリ・ケア 1993; 16: 43-47.
- 11) Yamamoto W, Origasa H, Yaginuma T, Kanazawa Y. Effect of Social Factors on Metabolic Improvement in Type II Diabetic Patients. Japanese Journal of Medicine 1993; 32: 763-767.
- 12) Miyata Y, Yamamoto W: The 6 Cs Approach for Narrative Based Primary Care. A Case Report. Jpn. J. Prim. Care 2006; 29: 295-301.
- 13) 山本和利, 中村達, 玉田太郎, 権平達二郎: 随時血糖値の糖尿病スクリーニングにおける意義—ROCカーブによる検討—. プライマリ・ケア, 1989; 12: 243-248.

- 14) 山本和利, 玉田太朗, 権平達二郎: 糖尿病スクリーニング検査法の比較検討. 日本公衆衛生雑誌, 1990; 37: 91-94.
- 15) 山本和利, 権平達二郎, 柳沼淑夫: 脳血管障害に関する平均血圧, 脈圧値の影響: case control study, 日本循環器管理研究協議会雑誌, 1992; 27: 28-32.
- 16) 山本和利, 坂口明, 折笠秀樹, 柳沼淑夫, 金澤康德. 高血圧のリスクとしての肥満. 池田義雄, 編集. 第14回日本肥満学会記録, 盛岡: 日本肥満学会, 1993: 341-343.
- 17) 山本和利, 柳沼淑夫, 権平達二郎, 金澤康德. インスリン非依存性糖尿病と過体重および糖尿病遺伝歴との相互関係. 糖尿病 1993; 36: 171-176.
- 18) Yamamoto W, Fukui T, Rahman M, Kawakami M, Kanazawa Y. Estimation of the prevalence of non-insulin dependent diabetes mellitus in a rural area of Japan. J Epidemiol 1996; 6: 114-119.
- 19) Akasaka H, Ohnishi H, Narita Y, Kameda M, Miki T, Takahashi H, Yamamoto W, Sohma H, Masumori N, Miura T; SPRUCE project investigators. The Serum level of KL-6 Is associated with the risk of insulin resistance and new-onset diabetes mellitus: the Tanno-Sobetsu Study. Intern Med. 2017; 56: 3009-3018.
- 20) Yamamoto W, Fukui T, Shimbo T, et al. Combining data from subjects' histories for the prediction of imminent atrial fibrillation is useful for the elderly male population. Gen Med 2000; 1: 3-8.
- 21) Osawa H, Kawakami M, Fujii M, Kubo N, Iwanaka H, Yamamoto W, Saitoh M, Yaginuma T, Sugano K. Helicobacter pylori infection and coronary heart disease in Japanese patients. Cardiology 2001; 95: 14-19.
- 22) Yamamoto W, Kono H, Maekawa M, Fukui T. The Relationship Between Abdominal Pain Regions and Specific Diseases: An Epidemiological Approach to Clinical Practice. J Epidemiol 1997; 7: 27-32.
- 23) Yamamoto W, Fukui T, Maekawa M, et al. Predictive factors for cancer in patients with abdominal pain. Gen Med 2000; 1: 9-16.
- 24) Yoshihara K, Kisu T, Koizumi S, Matsuo Y, Matsubayashi R, Kudo S, , Yamamoto W, Fukui T. The clinical epidemiological investigation of diagnostic modalities in breast cancer detection. -A comparison of ultrasonography and mammography-. Fukuoka Acta Med 1999; 90: 39-45.
- 25) Aoki N, Kitahara T, Fukui T, Beck JR, Yamamoto W, Kamae I, Owada T. Management of unruptured intracranial aneurysm in Japan: A Markovian decision analysis with utility measurements based on the Glasgow outcome scale. Med Decis Making 1998; 18: 357-364.
- 26) Asai A, Yamamoto W, Fukui T. What ethical dilemmas are Japanese physicians faced with? EJAIB 1997; 7: 162-165.
- 27) Rahman M, Shimu TA, Fukui T, Shimbo T, Yamamoto W. Knowledge, attitude, beliefs and practices about HIV/AIDS among the overseas job seekers in Bangladesh. Public Health 1999; 113: 35-38.
- 28) 福井次矢, 前川宗隆, 山本和利, 黒川渡, 青木則明, 白水倫生, 梶山徹, 岸野美奈子, 浅井篤, 藤村聡. 内科臨床研修における剖検の有用性-『剖検所見の内科臨床研修へのフィードバックに関する調査』報告-. 日本内科学会誌 1996; 85: 122-131.
- 29) 新保卓郎, 平憲二, 福井次矢, 朴載源, 山本和利. 副腎皮質ホルモン使用患者の感染症背景についての検討: 血液疾患患者を中心にして. 内科専門医会誌 1999; 11: 601-605.
- 30) 木村眞司, 明石浩史, 山本和利, 川畑秀伸, 宮田靖志, 辰巳治之. 遠隔医療の促進因子と障壁. Proceeding of NORTH Internet Symposium 2002, 8: 50-53.
- 31) Nagata-Kobayashi S, Sekimoto M, Koyama H, Yamamoto W, Goto E, Fukushima O, Ino T, Shimada T, Shimbo T, Asai A, Koizumi S, Fukui T: Medical Student Abuse During Clerkships in Japan. J Gen Intern Med 2006; 21: 212-218.
- 32) Shizuko Nagata-Kobayashi, Hiroshi Koyama, Atsushi Asai, Yoshinori Noguchi, Tetsuhiro Maeno, Osamu Fukushima, Wari Yamamoto, Shunzo Koizumi, Takuro Shimbo. Experiences of alcohol-related harassment among medical students. Med Educ 2010; 44: 1213-1223
- 33) 宮田靖志, 岩田勲, 山本和利. 医療におけるプロフェッショナルリズムの日米医師の意識の違い. 医学教育 2008; 39: 161-8.
- 34) 今本千衣子, 山本和利. 一般診療所における48年間の在宅死288例の検討. プライマリ・ケア 2008; 31: 82-6.
- 35) 山上実紀, 宮田靖志, 山本和利, 道信良子, 寺田豊, 森崎龍郎, 八木田一雄. 患者は医学生をどう見ているか-大学病院で医学生と関わった患者の思いに関する質的研究. 家庭医療 2008; 14: 2: 4-16.
- 36) 若林崇雄, 宮田靖, 山上実紀, 山本和利. 内科医が一時撤退した地域における患者・住民の意思・医療に対する想いの検討. 日本プライマリ・ケア連合学会誌 2010; 33(4): 360-367.
- 37) Miyata Y, Yamamoto W, Kimura S, Kawabata H, Morisaki T, Sasaki N: Patients' perception of core values of a general medicine department in a Japanese university hospital. Primary Care Japan 2005; 3: 40-48.
- 38) Yamamoto W, Maekawa M, Fukui T, et al. What aspects of patient affect medical students?; A qualitative analysis of the experience of medical students at general medical ward and clinic. Med Educ 2000; 31: 429-434.
- 39) Miyata Y, Yamamoto W, Kimura S, Kawabata H. What did Students acquire from Their General Medicine Clerkship? Sapporo Med J 2002; 71: 29-45.
- 40) Miyata Y, Yamamoto W: How dose students' mativation for their future images as physician change during their undergraduate medical education ? Jpn J. Family Practice 2006; 12: 16-23.
- 41) Miyata Y, Yamamoto W: A qualitative evaluation of medical students' perception of their rural medicine clerkship experience. Jpn. J. Prim. Care 2006; 29: 168-75.
- 42) Miyata Y, Hajime Higashi, Yamamoto W: A qualitative study of first-year medical students: Why do students want to become physicians? What kind of physicians do they want to become? Gen Med 2006; 7: 39-44.
- 43) Miyata Y, Yagita K, Yamamoto W: Student Perception of Feedback from Simulated Patients during Communication Training Sessions. Medical Education (Japan) 2007; 38: 251-257.
- 44) Miyata Y, Morisaki T, Yamamoto W: Factors Influencing

Primary Care Career of Japanese Medical Students Graduating in 2004. Medical Education (Japan) 2007; 38: 231-8.

- 45) 木村眞司, 山本和利, 宮田靖志, 川畑秀伸. 開業医が病院に出入りすることで, 研修医や若手内科医にどのような影響があるか. プライマリ・ケア 2003; 26: 111-117.
- 46) 川畑秀伸, 川畑恵, 平野ひとみ, 小林基, 浅井洋子, 小玉喜衛, 宮田靖志, 山本和利. 卒後臨床研修必修化制度における在宅訪問診療を用いた, 高齢者医療に関する研修医教育の検討. 高齢者問題研究 2008; 24: 93-106.
- 47) 宮田靖志, 八木田一雄, 森崎龍郎, 山本和利. 地域医療必修実習における“Significant Event Analysisを用いた振り返り”の検討. 医学教育 2008; 39: 153-9.
- 48) 齋藤正樹, 米増保之, 山本和利, 姉川敬裕, 崎間邦洋, 高橋明, 矢坂正弘, 岡田靖, 下濱俊, 宝金清博. Stroke team による医学部卒前教育としての NIHSS と t- P A 教育－脳卒中講習

会の実施が医学生に与えたもの－. 脳卒中 2010; 32(6): 689-693.

- 49) 齋藤正樹, 米増保之, 高橋明, 吉田英人, 大森義範, 岡田靖, 矢坂正弘, 下濱俊, 山本和利, 宝金清博. 医学生と地域への脳卒中教育における Stroke team のリーダーシップ. 脳卒中 2010; 32(6): 685-688.

---

別刷請求先：山本 和利

〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目

札幌医科大学医学部地域医療総合医学講座

TEL：011-611-2111（内線 35600）

FAX：011-614-3014

E-mail：wari@sapmed.ac.jp